

Rozdział I.2

Korzystanie osób starszych ze świadczeń medycznych i opiekuńczych w Polsce

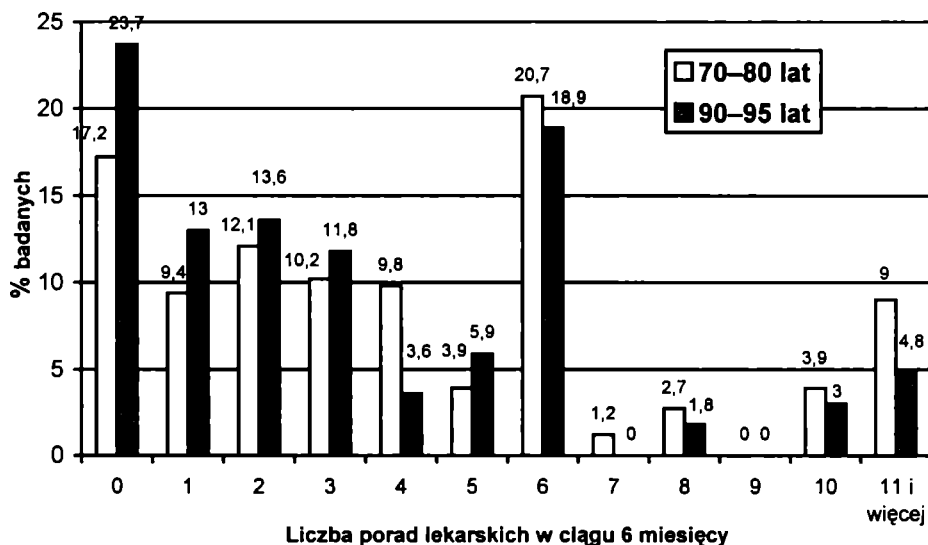
Katarzyna Szczerbińska

Uważa się, że populacja w wieku poprodukcyjnym kształtuje popyt na usługi medyczne, co uwidacznia się w takich wskaźnikach, jak liczba udzielonych porad w lecznictwie otwartym, częstość hospitalizacji lub liczba procedur diagnostycznych i terapeutycznych [Indulski, Kowalewski, 1998]. Przyczyn tego zjawiska można upatrywać między innymi w złym stanie zdrowia ludzi w wieku podeszłym, co uzasadnia częstsze korzystanie z różnego rodzaju świadczeń medycznych i opiekuńczych [Zajenkowska-Kozłowska, 1996; 1999]. Częstość korzystania z tych usług jest wypadkową zapotrzebowania na nie i ich dostępności. Celem niniejszego rozdziału jest wstępny opis (na podstawie przeglądu przeprowadzonych w Polsce badań w tym zakresie) korzystania osób starszych z poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, który ma być wprowadzeniem do szczegółowej analizy dostępności tych usług, przedstawionej w części II niniejszej publikacji.

Porady lekarskie

Osoby starsze częściej wymagają konsultacji lekarskich, co potwierdzono w licznych badaniach [Bień, 1996; Maniecka-Bryła, Szpakowska, 2000; Szczerbińska, 2002, s. 122–125]. Wykazano, że około 70% osób w wieku powyżej 70 lat korzysta z porad lekarskich co najmniej raz na 3 miesiące. W tym czasie tylko 50% wszystkich osób dorosłych (łącznie ze starszymi) jest konsultowane przez lekarzy [GUS, 1998e; Żyra, 1999, s. 69]. Liczba porad lekarskich udzielonych osobom starszym waha się średnio w granicach 4–9 na osobę rocznie, ale przyjmuje czasem wyższe wartości [Bień, 1996; Maniecka-Bryła, Szpakowska, 2000]. Chociaż bezsprzecznie starość wiąże się z częstszym korzystaniem z konsultacji lekarskich, to warto zaznaczyć, że osoby po 80. r.ż. zasięgają ich rzadziej niż ludzie w wieku 70–79 lat [Zajenkowska-Kozłowska, 1999], zaś osoby długowieczne (powyżej 90. r.ż.) rzadziej niż te w wieku 75–80 lat, co można tłumaczyć między innymi ich pogorsząjącą się

z wiekiem sprawnością, która utrudnia dotarcie do przychodni (rycina I.2.1) [Szczercińska, Hubalewska-Hoła 2003].



Rycina I.2.1. Osoby starsze korzystające z określonej liczby porad lekarskich w ciągu 6 miesięcy. Opracowano na podstawie badania 256 osób w wieku 75–80 lat i 172 osób w wieku 90–95 lat w Krakowie, w 2000 roku [Szczercińska, 2002, s. 122–125]

Bez względu na wiek starsze kobiety częściej niż mężczyźni zgłaszają się do lekarza w ambulatorium [Zajenkowska-Kozłowska, 1999; Bień, 2002a, s. 85]. Obserwacja ta powtarza się w wielu badaniach, choć nie zawsze różnica między płciami jest w tym względzie znamienna [Bień, 1996; Maniecka-Bryła, Szpakowska, 2000; Szczercińska, 2002, s. 122–125].

Wśród przyczyn częstych wizyt u lekarza wymienia się przede wszystkim zły stan zdrowia, niepełnosprawność i występowanie dolegliwości [Zajenkowska-Kozłowska, 1999; Maniecka-Bryła, Szpakowska, 2000]. Obok przebiegającego z gorączką przeziębienia, głównym powodem zgłaszania się po poradę są bóle układu kostno-stawowego [Hershkovitz, Rothschild, Rose et al., 2001]. Ponadto wśród czynników, które zwiększają prawdopodobieństwo korzystania z konsultacji lekarskich, wymienia się pogorszenie stanu zdrowia, wielochorobowość oraz rodzaj i znaczne zaawansowanie choroby przewlekłej [Szczercińska, 2002, s. 122–125; Walter-Ginzburg, Guralnik, Blumstein et al., 2001].

Wizyty domowe lekarzy i pielęgniarek

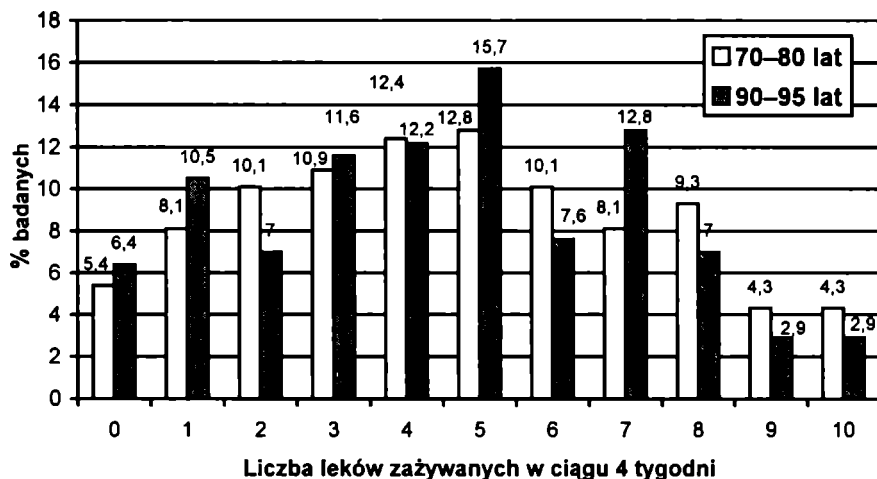
Korzystanie z domowych wizyt lekarskich może być sygnałem poważnej niesprawności lub znacznego pogorszenia stanu zdrowia, które uniemożliwiają pacjentowi udanie się do poradni, i częściej dotyczy ludzi po 75. roku życia [Marcinowicz, Borzuchowska, Rybaczek, 2004]. W Polsce z wizyt takich w ciągu roku przeciętnie korzysta około 20% osób starszych [Bień, 1996; Maniecka-Bryła, Szpakowska, 2000]. W różnych badaniach ten odsetek waha się w przedziale 10–40% [Bień, Wojszel, Polityńska, Wilmańska, 1999]. Starsze kobiety częściej niż mężczyźni w ich wieku wzywają lekarza do domu [Bień, 1996], co może być wynikiem częstszego występowania u nich znacznej niesprawności.

W wieloletniej obserwacji przeprowadzonej w okresie 1979–1994 zanotowano wzrost częstości korzystania z porad lekarskich przez ludzi w wieku podeszłym oraz wzrost średniej liczby wizyt domowych od 0,2 do 2 na osobę rocznie w grupie osób najstarszych, co może być sygnałem pogarszania się ich kondycji zdrowotnej [Bień, 2002a]. Należy zauważyć, że częstość korzystania z wizyt pielęgniarek jest mniejsza w stosunku do porad udzielanych przez lekarzy w domu pacjenta [tamże; Marcinowicz, Borzuchowska, 2002]. Może to wskazywać na dysfunkcję opieki środowiskowej i niespełnianie w Polsce standardów obowiązujących w tym zakresie w krajach Europy Zachodniej, zgodnie z którymi pielęgniarki częściej niż lekarze wizytują swoich podopiecznych [Bień, Wojszel, Polityńska, Wilmańska, 1999]. Pewną poprawę w tym zakresie odnotowano w latach 1998–2002, dotyczy ona jednak osób będących we wczesnej fazie starości (w wieku 65–74 lat) [Marcinowicz, Borzuchowska, Rybaczek, 2004], w której to grupie zaobserwowano prawie dwukrotny wzrost częstości korzystania z wizyt pielęgniarek rodzinnych przy jednoczesnym spadku liczby wizyt lekarzy rodzinnych o około jedną trzecią. Głębszej analizy wymaga natomiast zjawisko znacznego zmniejszenia się liczby osób starszych w wieku 75 lat i więcej, które skorzystały w tym czasie z wizyt lekarskich przy jednoczesnym braku zmian w zakresie liczby korzystających z domowych wizyt pielęgniariskich. Można przypuszczać, że obserwowane zmiany w strukturze udzielanych porad są wynikiem wdrożonej w roku 1999 reformy ochrony zdrowia. Prawdopodobnie dopiero wprowadzenie kontraktów dla pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych może okazać się przełomowe w tej dziedzinie, ponieważ stwarza ono warunki do zwiększania realizacji wizyt środowiskowych.

Zażywanie leków

Ponad 80% osób starszych zażywa leki w sposób przewlekły [Zajenkowska-Kozłowska, 1999; Bień, 2002a]. Najczęściej przyjmują one 1–4 leków [tamże], ale po 75. r.ż. zażywają ich więcej – średnio około pięciu rodzajów, przy czym połowa badanych przyjmuje po trzy do siedmiu farmaceutyków (rycina I.2.2) [Szczerbińska, Hubalewska, 2004]. W wielu badaniach podkreśla się, że

kobiety częściej niż mężczyźni sięgają po leki i zażywają ich więcej [tamże; Bień, 2002a; Zajenkovska-Kozłowska, 1999]. Leki zwykle są stosowane w wyniku zleceń lekarskich [tamże], należy jednak zaznaczyć, że istnieje również duża grupa osób, które leczą się bez konsultacji [Bień, 2002a] i zażywają leki nieprzypisane przez lekarza [Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, Bajka, 2004, s. 57–62].



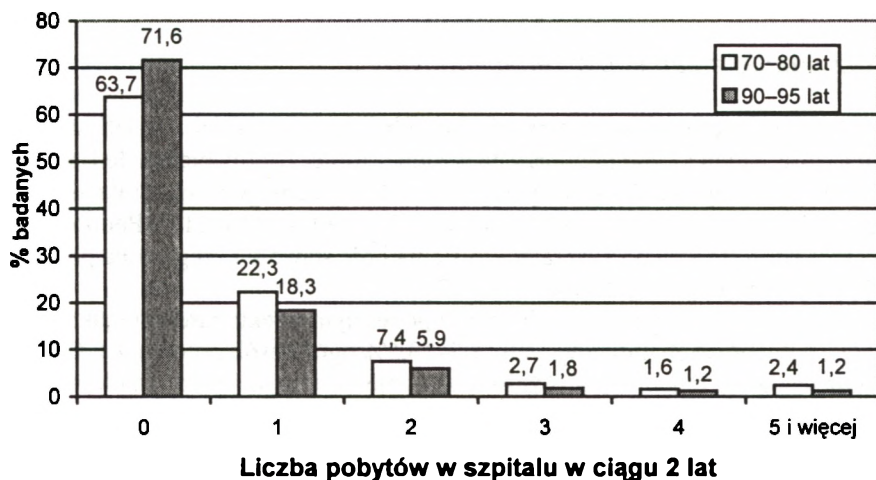
Rycina I.2.2. Liczba leków zażywanych przewlekłe przez osoby starsze (różnice nieistotne statystycznie). Opracowano na podstawie badania 256 osób w wieku 75–80 lat i 172 osób w wieku 90–95 lat w Krakowie, w 2000 roku [Szczercińska, 2002, s. 61–63]

Liczba ludzi starszych wymagających przewlekłego leczenia systematycznie rośnie. W Polsce w latach 1975–1994 odsetek osób 75-letnich, które stale zażywały leki, zwiększył się z 63% do 74% w przypadku mężczyzn oraz z 79% do 92% wśród kobiet [Bień, 1996]. W badaniu przeprowadzonym w Krakowie pod koniec 2000 roku tylko 3,3% kobiet i 9% mężczyzn powyżej 75. r.ż. nie przyjmowało żadnych preparatów w ciągu poprzedzającego wywiad miesiąca [Szczercińska, Hubalewska, 2004]. Te obserwacje nie są odosobnione, ponieważ wzrost konsumpcji leków przez osoby starsze zaobserwowano również w wielu innych krajach Europy, gdzie stanowi on poważny problem ekonomiczny [Heikkinen, Waters, Brzeziński, 1983].

Hospitalizacje

W wyniku starzenia się populacji zwiększa się również zapotrzebowanie na świadczenia medyczne w opiece stacjonarnej, w tym na hospitalizacje [Roszkowska, Goryński, 2001]. Wraz z wiekiem rośnie:

- przeciętna liczba hospitalizacji w przeliczeniu na osobę i rok [GUS, 1999c];
- liczba osób wymagających przynajmniej jednej hospitalizacji w roku [GUS, 1998e; Żyra, 1999, s. 69; Halik, Borkowska-Kalwas, Pączkowska, 2000];
- czas trwania hospitalizacji (najczęściej 15–30 dni dla pacjentów powyżej 70. roku życia) [Bień, 1996; Maniecka-Bryła, Szpakowska, 2000; Szczurbińska, 2002, s. 126–130].



Rycina I.2.3. Liczba pobytów osób starszych na leczeniu w szpitalu w okresie 2 lat. Opracowano na podstawie badania 256 osób w wieku 75–80 lat i 172 osób w wieku 90–95 lat w Krakowie, w 2000 roku [Szczurbińska, 2002, s. 126–130]

Jak wynika z ryciny I.2.3. około 30–40% osób starszych wymaga co najmniej jednego leczenia szpitalnego w ciągu 2 lat. Ta tendencja zwiększania się częstości hospitalizacji nie dotyczy jednak osób długowiecznych, które korzystają z niej nie częściej niż ludzie w wieku 75–80 lat.

W ostatnich latach odnotowano narastanie częstości hospitalizacji osób starszych. W piętnastoletniej obserwacji stwierdzono istotny wzrost odsetka osób w wieku podeszłym leczonych w szpitalu przynajmniej raz w roku [Bień, 1996]. Jak wynika z danych uzyskanych w Ogólnopolskim Badaniu Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, w okresie od 1979 do 1996 roku odsetek rocznie hospitalizowanych w przypadku osób starszych wzrósł z 15 do 25%, podczas gdy w populacji ogólnej utrzymywał się na stałym poziomie 10% [Roszkowska, Gołyński, Seroka, 2000]. Wzrostu częstości hospitalizacji osób starszych nie można wytłumaczyć jedynie zwiększaniem się udziału tej populacji w społeczeństwie, ponieważ narasta ona szybciej niż udział osób w wieku powyżej 65 lat w populacji, wyprzedzając tym samym tendencję starzenia się ludności. Analizując obciążenie oddziałów chorób wewnętrznych, stwierdzono ponadto, że oso-

by starsze stanowią ponad połowę ich pacjentów. Co więcej, zdecydowana większość z nich miała ponad 70 lat (54,2% w wieku 70–79 lat i 27,2% – 80 i więcej lat) [Kardas, Ratajczyk-Pakalska, 2001, s. 52–58].

Wykazano, że najczęstszą przyczyną hospitalizacji osób starszych jest choroba niedokrwienna serca (ok. 15,7%), zapalenie płuc (11,5%) i udar mózgu (8,7%). Wśród pozostałych powodów przyjęcia do szpitala dominują choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, przewlekła niewydolność serca, cukrzyca insulinozależna oraz niewydolność naczyń mózgowych) [tamże].

Korzystanie z zabiegów rehabilitacyjnych

Pomimo częstego występowania chorób i niesprawności u osób starszych większość z nich (73%) nie korzysta z żadnej formy usprawniania. Jedynie 18% niepełnosprawnych ludzi starszych poddawało się zabiegom rehabilitacji fizycznej w okresie od 1991 do 1996 roku [Iwanek, 1999, s. 114–115]. Podobnie, tylko 17% osób starszych uskarżających się na bóle stawów i kręgosłupa podlegało tej formie terapii [Bień, 2002a, s. 92–93].

Według B. Bień generalnie ludzie w podeszłym wieku bardzo rzadko korzystają z zabiegów rehabilitacyjnych (3,5–10,5% ogółu osób po 60. r.ż.). Częstość poddawania się rehabilitacji różni się zależnie od wieku i płci. Najpierw rośnie z wiekiem i waha się od 6% osób w wieku 60 lat do 10% w wieku 65 lat, po czym zmniejsza się do 5% w przypadku osób powyżej 75. r.ż. [Bień, 1996, s. 180–181]. Osoby długowieczne poddawane są zabiegom rehabilitacyjnym jeszcze rzadziej [Szczercińska, Hubalewska-Hoła, 2003]. Można zatem mówić o wyraźnej tendencji zmniejszania się korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych wraz z wiekiem w przypadku osób bardzo starych. Dotyczy to wszystkich form rehabilitacji: fizycznej, społecznej i innych [Car, Synowski, Gębska-Kuczerowska, Wysocki, 2004].

Wśród przyczyn rzadkiego korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych w Polsce wymienia się nieuświadomienie potrzeby takich zabiegów, brak środków finansowych [Iwanek, 1999] oraz małą dostępność tego typu usług [Bień, 1996, s. 181; Wojszel, Halicka, Bień, 1997]. Podkreśla się przy tym, że zgłaszanie zapotrzebowania przez osoby starsze na takie świadczenia jest zdecydowanie (około dwukrotnie) wyższe niż możliwość realizacji zabiegów [Szczercińska, Hubalewska-Hoła, 2003].

Korzystanie z pomocy społecznej

Świadczenia pomocy społecznej na rzecz osób starszych mieszkających w środowisku domowym obejmują m.in.: pomoc usługową, finansową i rzeczową oraz poradnictwo. W Polsce osoby starsze najczęściej korzystają z pomocy usługowej [Czekanowski, 2002b, s. 109–114]. Zapotrzebowanie na świadczenia o takim charakterze jest częściej wyrażane przez osoby w starszych grupach wiekowych i charakteryzujące się niższym poziomem sprawności [Szczercińska, Hubalewska-Hoła, 2003].

bińska, 2004c]. W miarę starzenia się wzrasta zapotrzebowanie na pomoc w robieniu zakupów, wykonywaniu cięższych prac domowych i przemieszczaniu się poza mieszkanie [Iwanek, 1999]. Podobnie upośledzenie funkcji poznawczych wiąże się z częstszym zgłaszaniem potrzeby pomocy w zakresie czynności życia codziennego [Szczercińska, 2003a]. Wśród osób starszych kobiety częściej niż mężczyźni w tym samym wieku wykazują niesprawność i potrzebują pomocy w zakresie wymienionych powyżej czynności [Andersen-Ranberg, Christensen, Jeune i in., 1999; Iwanek, 1999; Melzer, McWilliams, Brayne i in., 1999; Szczercińska, 2002; Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, 2002a].

Pomoc finansowa w postaci zasiłku pielęgnacyjnego przysługuje wszystkim, którzy ukończyli 75. rok życia. Korzystanie starszych ludzi z innych zasiłków jest jednak dość rzadkie. Wynika to z bardzo niskiego progu dochodu uprawniającego do otrzymywania środków pieniężnych z pomocy społecznej. Z badań wynika, że gorzej oceniają swoją sytuację materialną ludzie starsi:

- posiadający wykształcenie nie wyższe niż podstawowe,
- kobiety,
- osoby niepozostające w związku małżeńskim [GUS, 1993].

Niestety, osoby starsze posiadające niższe wykształcenie i oceniające własne zdrowie jako złe rzadziej podejmują działania w kierunku zmiany swojej sytuacji. Rzadziej też zwracają się w tym celu do instytucji pomocy społecznej [Jaworska, 2000]. Generalnie prezentują też mniejsze oczekiwania w stosunku do systemu ochrony zdrowia [Halik, 2002].

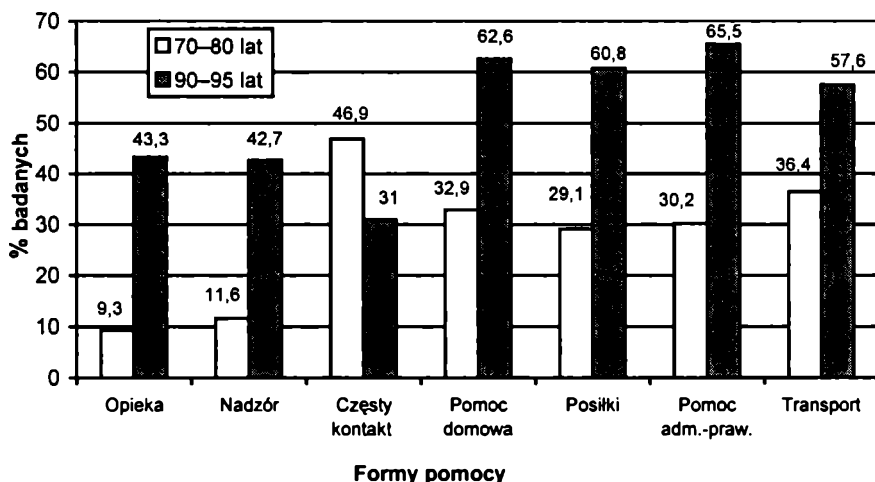
W myśl ustawy o pomocy społecznej zasadniczym zadaniem pracowników służb socjalnych jest praca socjalna zmierzająca w kierunku usamodzielnienia jednostki¹. Świadczenia usługowo-finansowe mają jedynie okresowo wspierać osiągnięcie tego celu. Wyniki dotychczasowych badań wskazują, że kontakty osób starszych z pracownikami socjalnymi są jednak sporadyczne. W ciągu roku dotyczą one tylko około 10% ludzi w wieku podeszłym [Bień, 1996] i polegają głównie na zbieraniu informacji i przygotowywaniu dokumentów uprawniających do ubiegania się o zasiłki i pomoc usługową. Tymczasem potrzeby osób starszych w zakresie organizowania opieki i udzielania informacji na temat dostępnych form pomocy są prawie czterokrotnie wyższe niż ich realizacja [Szczercińska, Hubalewska-Hoła, 2003]. Podkreśla się, że brakuje działań o charakterze poradnictwa, które w myśl ustawy o pomocy społecznej ma być zadaniem pierwszorzędym [Czekanowski, 2002b, s. 109–114].

Na koniec trzeba wspomnieć o roli opieki rodzinnej. W badaniach Centrum Badania Opinii Społecznej 81% respondentów stwierdziło, że instytucjami, które powinny pomagać emerytom i rencistom, są rząd i pozostałe organy rządowe [CBOS, 1999]. W praktyce jednak osoby starsze w małym stopniu korzystają z pomocy instytucji (tylko 12% osób), a pomoc finansową otrzymują głównie od rodziny i krewnych (52% osób) oraz czasami od przyjaciół i sąsiadów (8%)

¹ Ustawa z 29 listopada 1990 roku o pomocy społecznej (tekst jednolity Dz.U., 1998, Nr 64, poz. 414, z późn. zm.) oraz Ustawa z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U., 2004, Nr 64, poz. 593).

[Wnuk-Lipiński, Golinowska, Topińska i in., 1999]. W Polsce rodzina stanowi podstawową instytucję opiekuńczą w stosunku do osób starszych [Golinowska, 2004a, s. 124–125] i jest bardzo ważnym źródłem wsparcia, zwłaszcza w chorobie [Tobiasz-Adamczyk, 2000]. Zazwyczaj osoby niesamodzielne w zakresie wykonywania czynności życia codziennego deklarują dobre wsparcie rodziny. Około 70–90% osób starszych, które wymagają pomocy przy kąpieli, ubieraniu się, przygotowywaniu posiłku, wykonywaniu prac domowych lub załatwianiu bieżących spraw administracyjnych związanych z prowadzeniem domu, korzysta ze wsparcia opiekunów rodzinnych [Szczurbińska, 2003b].

Potrzeby w zakresie usług gospodarczych i świadczeń opiekuńczych wyraźnie rosną w grupie osób najstarszych (rycina I.2.4). Jednocześnie udział instytucji publicznych w udzielaniu takiej pomocy jest bardzo mały. W latach 1993–1999 pogłębił się deficyt środowiskowych usług opiekuńczych i specjalistycznych (udzielanych w ramach pomocy społecznej) [Ostrowska, Sikorska, Gąciarz, 2001, s. 67–81]. W badaniach przeprowadzonych w roku 2000 wykazano natomiast, że zapotrzebowanie ludzi w wieku podeszłym na pomoc w formie udzielania informacji, wykonywania określonych usług oraz organizacji opieki w razie niesprawności lub choroby jest znacznie większe niż możliwość skorzystania z tego typu świadczeń [Szczurbińska, 2003b]. Może to wskazywać na niewydolność sektora pomocy społecznej w odniesieniu do potrzeb osób starszych. Podkreśla się, że ta dysproporcja wymaga dalszych badań w celu wyjaśnienia przyczyn i określenia możliwych skutków.



Rycina I.2.4. Korzystanie z pomocy rodzinnej w zakresie świadczeń opiekuńczych. Opracowano na podstawie badania 256 osób w wieku 75–80 lat i 172 osób w wieku 90–95 lat w Krakowie, w 2000 roku [Szczurbińska, 2003b, s. 77–78]

W sytuacji trudności z uzyskiwaniem świadczeń opiekuńczych rodzina pełni funkcję kompensacyjną [Ostrowska, Sikorska, Gąciarz, 2001, s. 67–81]. Należy mieć świadomość, że rodzina nie zawsze wypełnia to zadanie – około 18–20% osób niepełnosprawnych nie może liczyć na jej wsparcie [Golinowska, 2004a, s. 124–125]. Ponadto w ostatnich latach w Polsce zmienia się struktura rodziny, która z wielopokoleniowej ewoluuje w kierunku małych dwu- i jednoosobowych, tak zwanych rodzin nuklearnych [Nowak-Sapota, 2000; Dyczewski, Adamczuk, Szatur-Jaworska i in., 1999, s. 32]. Stale powiększa się liczba ludzi w podeszłym wieku mieszkających samotnie. W 1995 roku spośród blisko 6,5 mln osób w wieku powyżej 60 lat ok. 20% gospodarowało w pełni samodzielnie, prowadząc jednoosobowe gospodarstwo domowe [tamże, s. 30–32]. Zdecydowaną większość (85%) tych jednoosobowych gospodarstw tworzyły samotne kobiety [GUS, 1996; Nowak-Sapota, 2000].

Przewiduje się, że w Polsce w latach 2000–2020 ogólna liczba gospodarstw domowych wzrośnie o 19,2%, podczas gdy liczba gospodarstw jednoosobowych zwiększy się o około 51%. Będzie to między innymi wynikiem przyrostu liczby gospodarstw, zwłaszcza prowadzonych jednoosobowo przez osoby starsze [Bolesławski, Marciniak, 1997]. Znaczna część społeczeństwa będzie zatem starzeć się w samotności, z dala od rodziny.

W społeczeństwach Europy Zachodniej maleje liczba kobiet mogących sprawować opiekę nad ludźmi starszymi w rodzinie [Schulte, 1996, s. 85]. W Polsce na 100 osób starszych (w wieku 70 lat i więcej) w 1990 roku przypadało 202, a w roku 1999 – 188 kobiet w wieku 45–69 lat [Wnuk-Lipiński, Golinowska, Topińska i in., 1999, s. 70]. Wskaźnik ten² kształtuje się u nas na korzystniejszym poziomie niż w większości krajów zachodnioeuropejskich. W niedalekiej przyszłości tendencja obniżania się potencjału pielęgnacyjnego stanie się jednak problemem także w Polsce.

Biorąc pod uwagę przedstawione dane, należy przypuszczać, że w ciągu nadchodzących lat zmaleje udział rodziny w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi, a tym samym wystąpi konieczność objęcia opieką formalną, realizowaną przez instytucje ochrony zdrowia, większej niż dotąd liczby osób w wieku podeszłym. W kontekście tych zmian szczególnego znaczenia nabiera problem zapewnienia opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz poprawy ich dostępności dla osób starszych.

W ostatnich latach w krajach Europy Zachodniej obserwuje się intensywny rozwój systemu świadczeń opiekuńczych i zdrowotnych, realizowanych w środowisku domowym pacjenta. Ten kierunek podyktowany jest z jednej strony względami ekonomicznymi, z drugiej – chęcią poprawy jakości życia osób starszych. W Polsce zarówno opieka geriatryczna, jak i długoterminowa (stacjonarna i domowa) nie są wystarczająco rozwinięte [Golinowska, Gałkowski, 1999, s. 107]. Rosnące zapotrzebowanie osób starszych na świadczenia medyczne i opiekuńcze, związany z tym wzrost wydatków publicznych oraz odczuwana

² Tzn. potencjał pielęgnacyjny społeczeństwa, który definiuje się jako stosunek liczby kobiet w wieku 45–69 lat do liczby osób w wieku 70 lat i więcej w danym społeczeństwie.

obecnie niewydolność systemu ochrony zdrowia stanowią zatem poważne wyzwania dla organizatorów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

Wobec obserwowanych tendencji demograficznych i epidemiologicznych opisana powyżej sytuacja zmusza do postawienia pytania, czy system ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego w Polsce przygotowuje się do opanowania problemów starzejącego się społeczeństwa?

Zasadniczym celem Narodowego Programu Zdrowia jest poprawa jakości życia ogółu mieszkańców Polski. Uważa się, że systemy opieki zdrowotnej i pomocy społecznej stanowią ważne ogniwa w ochronie zdrowia populacji, tym samym odgrywają istotną rolę w poprawianiu kondycji zdrowotnej ludzi i zależnej od niej jakości życia. To stwierdzenie nabiera szczególnego znaczenia w odniesieniu do serwisu usług medycznych i opiekuńczych świadczonych osobom starszym. Łatwy dostęp do różnych form opieki jest dla nich kwestią podstawową, ponieważ sprzyja zachowaniu zdrowia i samodzielności oraz przedłuża możliwość pozostawania w dotychczasowym środowisku życia (tzn. we własnym mieszkaniu).

W omawianych dalej badaniach przeprowadzonych w ramach projektu CLESA skupiono się na analizie różnych elementów dostępności opieki dla osób starszych, jako jednego z podstawowych wyznaczników jakości świadczeń udzielanych w ramach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.